

Nr CAS: Nr FEBRAS Inscription CAS : Ancienneté :
 [N° à rappeler lors de paiement par virement

Nom, Prén:

Adresse :

Code postal, Localité :

Pays : Autorisation Parentale à compléter

Téléphone: Mobile :

Naissance date/lieu: à

Profession :

Nationalité : REG. NATIONAL:

@-mail:

Brevet : Date V.M. Date ECG

Résident Vodelée

Type de cotisation 1er plongeur : 126€
 2ème plongeur et suivants : 76€
 Plongeur de moins de 18 ans : 86€

Montant : **0,00 €**

Type de Payment : Cash Virement au cpte : 310-0771895-55

Date de Payment : IBAN: BE31310077189555 BIC: BBRUBEBB

Type de membre Cocher si NE DESIRE PAS recevoir L' HYPPOCAMPE :

Electeur - Non représenté aux 3 dernières AG

Dates de participation aux activités : Sélectionner deux dates Accueil et / ou Gonflage

Accueil : Gonflage :

A REMETTRE AU SECRETAIRE

Brevet	D. Homologation	D. Homologation
Dauph. Br :	<input type="text"/>	ETANCHE: <input type="text"/>
Dauph. Ar :	<input type="text"/>	Cert. ENFANT: <input type="text"/>
Dauph. Or :	<input type="text"/>	N° ASS. DAN: <input type="text"/>
1* :	<input type="text"/>	N° Instruc. DAN <input type="text"/>
2* :	<input type="text"/>	D. Lic. Navigat <input type="text"/>
3* :	<input type="text"/>	N° Lic. Navigat <input type="text"/>
4* :	<input type="text"/>	Niveau Type
M.C. :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M.F. :	<input type="text"/>	
M.N. :	<input type="text"/>	
Pl. Nitrox	<input type="text"/>	numéro <input type="text"/> Taille polo ? <input type="text"/>
Pl. Nitrox Conf.	<input type="text"/>	
Ins. Nitrox	<input type="text"/>	
Ins. Nitrox Conf.	<input type="text"/>	
		(S / M / L / XL / XXL)
Sec. Plongeur	<input type="text"/>	D. Recyclage
B.E.P.S. / B.L.S.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dan O2 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADV O2 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A.E.D :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.F.P.S. :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Remarques : <input type="text"/>		
Membre Commission		
APNEE: <input type="text" value="N"/>		
AUDIO VISUEL <input type="text" value="N"/>		
FEMININ <input type="text" value="N"/>		
HOCKEY: <input type="text" value="N"/>		
MEDICALE <input type="text" value="N"/>		
NAGE: <input type="text" value="N"/>		
PLONGEE: <input type="text" value="O"/>		
SCIENTIFIQUE: <input type="text" value="N"/>		
TSA: <input type="text" value="N"/>		

Par la présente, le soussigné déclare accepter:

- Les statuts et règlements du C.A.S. et l'en dégager de toute responsabilité en cas de vol pouvant survenir sur les lieux d'activités du club.
- De répondre, durant toute l'année, aux exigences médicales demandées par la LIFRAS.
- Que les dates de participation aux activités données sont fixes et je m'engage à trouver un remplaçant si je ne peux les honorer.

Pour les mineurs d'âge, l'autorisation parentale est requise. Le formulaire adéquat dûment rempli et signé, devra être joint au présent bulletin.

Date : / /

Signature:

Personne à contacter en cas d'accident :

Nom / Prénom:

Adresse :

C.P. / Localité:

Téléphone : Mobile :

Lien parenté :

(*) Veuillez compléter ou corriger les données erronées.